



Peter Kapustin (Autor)
Christiane Reuter (Autor)
**„Vernetzte Gesundheitserziehung im
Grundschulalter“**



<https://cuvillier.de/de/shop/publications/641>

Copyright:

Cuvillier Verlag, Inhaberin Annette Jentzsch-Cuvillier, Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen,
Germany

Telefon: +49 (0)551 54724-0, E-Mail: info@cuvillier.de, Website: <https://cuvillier.de>

Teil I: Konzeption „Vernetzte Gesundheitserziehung im Grundschulalter“

1 Einleitung: Notwendigkeit einer frühen Prävention

Die kindliche Entwicklung vollzieht sich in einem Wechselspiel zwischen dem Individuum mit seinen individuellen Anlagen und seiner Lebenswelt. Die Persönlichkeit bildet sich durch die ständige Auseinandersetzung mit Aufgaben im sozialen Kontext von Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen, Freunden, Lehrern und anderen Begleitern auf ihrem Weg. Kinder als aktive Akteure ihrer Entwicklung beeinflussen, gestalten „Kindheit“ mit.

Viele Autoren sprechen von dem Phänomen der „veränderten Kindheit“ (z.B. ROLFF & ZIMMERMANN 2001; GÖPPEL 2007) und attribuieren die moderne Kindheit mit Begriffen wie „verinselt“ oder „verhäuslicht“.

Durch die Veränderungen der Familienstrukturen haben Kinder häufig eine andere Stellung in der Familie als noch vor fünfzig Jahren. Dem Kind kommt eine große Bedeutung bei der emotionalen Sinnerfüllung im Leben der Eltern zu (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 62; auch PODLICH & KLEINE 2000). Damit lastet oft ein hoher Erwartungsdruck auf den Kindern, Sinnlieferant für das Leben ihrer Eltern zu sein (GÖPPEL 2007, 71) und ohne Rücksicht auf das Entwicklungsniveau eine anspruchsvolle Schullaufbahn erfolgreich zu durchlaufen (HURRELMANN 1994).

Zum großen Teil findet die Erziehung der Kinder außerhalb der Familien, in Sozialisationsinstanzen, wie Kindergarten, Kinderkrippe, Hort, Kindertagesstätte und Schule, statt (vgl. HURRELMANN & BRÜNDEL 2003, 62, auch GÖPPEL 2007, 72) und Kinder können dadurch frühzeitig gezielt gefördert werden. Was einerseits eine Chance für Entwicklungsmöglichkeiten ist, birgt andererseits auch die Gefahr der Institutionalisierung von Kindheit in voneinander unabhängigen und wenig vernetzten Lebenswelten der Kinder. Ein Großteil der Kinder wächst heute in „verinselten“ und von den Erwachsenen (pädagogisch) vorstrukturierten Sozialräumen auf¹.

Eltern bahnen zunehmend Sozialkontakte der Kinder an, weil die Möglichkeit spontaner, natürlicher und ungeplanter kindlicher Aktivitäten auf der Straße, im Wald und in der Nachbarschaft schwindet (BRINKHOFF & SACK 1999). Wo freie Spielräume für Kinder und Jugendliche verschwinden, verbringen Kinder ihre Zeit mehr in den Häusern und beschäftigen sich mit elektronischen Medien, mit Fernsehen, Computerspielen und Playstations (HURRELMANN 1994).

¹ Eine pädagogische und kulturvergleichende Sozialisationsforschung über Kindheit liefert LUDWIG LIEGLE mit „Welten der Kindheit und Familie“. Er schreibt über den Wandel der Kindheit und Familienstruktur in der modernen Gesellschaft und die Möglichkeiten und Grenzen einer Pädagogisierung der Kindheit. Dabei geht er auf Entwicklungen und Unterschiede in Ost und West ein.

Bereits vor dem Schuleintritt beginnt der Einfluss einer anderen Institution auf die Kinder. Als „geheime Miterzieher“ gehören die Massenmedien zum Alltag und wirken in verschiedene soziale Orte, wie Familie, Peergroup und sogar Schule, hinein (GIESECKE 2004, 129). Das „allmähliche Verschwinden der Wirklichkeit“ (VON HENTIG 1985) geht von statten, wenn die Erfahrungen eher aus „zweiter Hand“ den Kindern übermittelt werden. BRINKHOFF und SACK sprechen von einer „zweiten Wirklichkeitsdimension“, die Kinder in der heutigen Gesellschaft erleben.

Kinder mit geistiger Behinderung erleben ihre Umwelt und sich unter besonderen Bedingungen. Eine „Behinderung“ ist jedoch nicht systemimmanent, sondern entsteht erst im Wechselspiel zwischen besonderer Anlage und Umweltbedingungen. Für Kinder, die mit Beeinträchtigungen geboren werden oder durch Unfälle, Krankheiten, Umwelt oder andere Faktoren „behindert“ sind und werden, ist eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit Entwicklungsaufgaben erschwert. Art und Umfang der Beeinträchtigung und Hilfsbedürftigkeit ist bei sogenannten „Kindern mit geistiger Behinderung“ sehr verschieden. Allgemein sind sie in ihrem Leben dauerhaft abhängig von der Hilfe anderer. Sie werden häufig nicht zur Selbstständigkeit erzogen, sondern von ihrer Umwelt übermäßig bewahrt. Für Kinder mit geistiger Behinderung trifft die oben genannte Aussage von BRINKHOFF & SACK (1999, 14) im Besonderen zu.

In das Leben der Kinder, ob mit oder ohne Behinderung, treten (veränderte) Aufgaben und Schwierigkeiten, die von ihnen bewältigt werden müssen. Das Auseinandersetzen mit diesen Aufgaben setzt Kompetenzen voraus, die es für Kinder zu erlernen gilt. Besonders in der heutigen Freizeitgesellschaft sind Fähigkeiten wichtig, wie auswählen können, sich informieren können, entscheiden können und eigene Schwerpunkte setzen können (vgl. LEDIG 1992, 65). Die bei der Lebensbewältigung geforderten hohen gestaltenden Eigenleistungen (KEUPP 2000, 16) sind für die Heranwachsenden (mit geistiger Behinderung) nur zu erbringen, wenn sie über nötige Handlungskompetenzen und Ressourcen verfügen.

Die Stellung des (geistig behinderten) Kindes in der Familie, die finanzielle Situation von Familien (mit behindertem Kind), Überforderung der Eltern und Überbehütung der Kinder können hemmend auf die kindliche Entwicklung wirken. Fehlernährung, Bewegungsmangel und „Stress“ sind nur einige Risikofaktoren, die aus diesen erschwerten Entwicklungsbedingungen für die kindliche Gesundheit resultieren.

In aktuellen Studien zum Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten der deutschen Bevölkerung fallen vor allem die Ergebnisse der Kinder und Jugendlichen² auf (z.B. KIGGS-Studie 2006). Als gesundheitlich benachteiligt gelten besonders Kinder aus sozial schwächeren Familien, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund und Kinder Alleinerziehender oder aus kinderreichen Familien. Diese Faktoren wirken teilweise auch verstärkend auf Ungleichheiten der Chancen einer gesunden Entwicklung. Kinder mit geistiger Behinderung sind dabei besonders als gesundheitlich benachteiligte Gruppe zu sehen (vgl. KIGGS-Studie 2006).

² Kinder mit geistiger Behinderung werden kaum zum Forschungsgegenstand erhoben.

Für Kinder mit und ohne Behinderung können Folgen des modernen Lebensstils neben Übergewicht und Adipositas, Risiken für viele Zivilisationskrankheiten, aber auch Haltungsschwächen und -schäden sein, die das Leben der Betroffenen in großem Ausmaß beeinträchtigen. Seit einiger Zeit leiden zunehmend auch Kinder unter Stress, so dass nach psychologischen Studien „10 bis 15% der Kinder und Jugendlichen an psychischen Störungen im Bereich Leistung, Wahrnehmung, Emotion und Sozialkontakt leiden“ (HURRELMANN 1994, 69).

Neben der Beeinflussung des persönlichen Wohlbefindens des Einzelnen führt eine ungesunde Lebensweise zur Minderung der Volksgesundheit. Es entstehen enorme Kosten für das Gesundheitswesen, die die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten und Steuerzahler belasten. Die Zahlen sind alarmierend und rufen Öffentlichkeit, Politik und jeden Einzelnen zum Handeln auf.

Vorbeugen ist dabei wesentlich effektiver als mit einer Therapie nachzuarbeiten. Ziel ist es, möglichst allen Kindern eine gesunde Lebensführung zu ermöglichen. Denn jedes Kind hat ein Recht darauf, ein gesundes Leben zu führen!

Darum wurde das Konzept „Vernetzte Gesundheitserziehung im Grundschulalter“ entwickelt, das frühzeitig versucht, die Gesundheit aller Kinder ganzheitlich zu fördern.

2 Kernbegriffe

Aber was bedeutet eigentlich „gesund“ und „Gesundheit“? Und was heißt „Gesundheitserziehung“?

Diese Begrifflichkeiten sollen zuerst erläutert werden, um auf deren Basis dann die Darstellung der Ziele und die daraus folgende Umsetzung für eine ganzheitliche Gesundheitsförderung zu klären.

2.1 Gesundheit

Auch wenn man sich nach den neuesten Anweisungen zur richtigen Etikette im Knigge nicht mehr „Gesundheit!“ wünscht, wenn jemand niest (ZILLIG 2004, 4180), ist „Gesundheit“ in aller Munde. Der Begriff Gesundheit war selten in Politik, Gesellschaft und Medien so präsent wie heute. Gesundheit zählt zweifelsohne zu den höchsten Lebensgütern, unabhängig davon, was jeder einzelne darunter versteht. Doch was ist dieses Konstrukt eigentlich und welche Dimensionen schließt Gesundheit ein?

Der Begriff „Gesundheit“ verweist etymologisch gesehen auf das deutsche Wort „gesund“, auf „mächtig, stark“. Im Englischen hat der Begriff „health“ (altenglisch: „hale“) genauso wie das deutsche Wort „heil“ die Bedeutung von „ganz“. Der Volksmund spricht von einer guten Gesundheit, wenn ein Mensch frei von Krankheit und in einem guten körperlichen Zustand ist.

Die WHO (1948) hat Gesundheit wie folgt definiert: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Jeder Begriff von Gesundheit beinhaltet aber auch immer eine subjektive Komponente. Denn ob ein körperlicher Mangel überhaupt als solcher empfunden wird, hängt von der jeweiligen Sichtweise des Individuums und der ihn umgebenden Gesellschaft ab. Jeder Gesundheitsbegriff stellt eine „bestimmte individuelle und soziale Konstruktion der Wirklichkeit“ (SOMMER 2000, 6) dar.

Neuere Definitionen betonen neben dem ganzheitlichen (körperlich, psychisch, sozial) Verständnis auch die subjektive Sichtweise und, dass Gesundheit nicht statisch, sondern dynamisch ist. Den sozialen Aspekt von Gesundheit betont HURRELMANN (1994) mit seiner Aussage: „Gesundheit ist dann gegeben, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den biogenetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann. Gesundheit kann deshalb auch als das jeweils aktuelle Resultat einer 'gelingenden' Sozialisation verstanden werden“ (ebd., 73).

2.2 Gesundheitsverhalten

Es gibt einige Verhaltensweisen, die nachgewiesenermaßen förderlich für die Gesundheit sind. Eine Forschergruppe konnte bereits Anfang der 80er Jahre auf der Basis von fast 7000 Teilnehmern bei einer Längsschnittstudie über 10 Jahre hinweg zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit für ein langes und gesundes Leben steigt, je eher eine Person folgende sieben Gesundheitsverhaltensweisen praktiziert:

1. Sieben bis acht Stunden Schlaf täglich.
2. Jeden Tag frühstücken.
3. Nie oder selten zwischen den Mahlzeiten essen.
4. Normalgewicht halten.
5. Nicht rauchen.
6. Kein oder mäßiger Alkoholkonsum.
7. Regelmäßige Bewegung/ körperliche Übung.

Diese Studie konnte den Einfluss der Lebensweise auf Gesundheit und Mortalität empirisch nachweisen. Inwiefern Personen motiviert sind, etwas für den Erhalt ihrer Gesundheit zu tun, hängt davon ab, welchen Wert sie ihrer Gesundheit beimessen (vgl. SOMMER 2000). Eine weitere bestimmende Größe des Gesundheitsverhaltens ist, ob überhaupt angenommen wird, dass es Erfolg versprechende Handlungen gibt. „Diese Kompetenzerwartungen (*outcome expectancies*) beziehen sich auf die Einschätzung möglicher Folgen, die aus einem Verhalten für die Person resultieren“ (SOMMER 2000, 30). In unterschiedlichen Motivationstheorien wird diese kognitive Bilanzierung der antizipierten positiven und negativen Handlungskonsequenzen als wichtiger Faktor der Motivationsbereitschaft zu einer Handlung beschrieben.

Emotionen spielen beim Verhalten ebenso eine Rolle. Die Zusammenhänge von Emotionen auf Volitionen, Intentionen und tatsächliche Gesundheitshandlungen konnten bislang nicht ausreichend spezifiziert werden. Verschiedene Modelle und Theorien der allgemeinen Motivationspsychologie zeigen Einflüsse von Emotionen auf verschiedene Aspekte des Gesundheitsverhaltens³. Das Verhalten im Einzelnen ist aber immer abhängig von der jeweiligen Lebenslage, dem Umfeld, den persönlichen Ressourcen und materiellen Gegebenheiten.

Auch wenn Mediziner, Psychologen und Verhaltenstherapeuten Programme entwickeln, die auf eine Verhaltensänderung abzielen, sind diese langfristig selten erfolgreich. Viele Ressourcen werden für Therapie-Programme verwendet, von denen nach aktuellen Untersuchungen nur ein Bruchteil der Betroffenen profitiert. Es ist schwierig, manifestierte „gesundheitsschädigende“ Gewohnheiten zu einem späteren Zeitpunkt im Leben aufzugeben und sich eine gesunde Lebensweise anzugewöhnen. Ein frühzeitig erlerntes gesundheitsförderliches Verhalten ist hingegen leichter beizubehalten.

³ Auf den Forschungsbedarf zur Spezifizierung von emotionalen Prozessen im Bereich der Planung und Realisierung von Gesundheitshandlungen weisen KLEINERT, GOLENIA & LOBINGER (2007) hin.

2.3 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung wurde in der Vergangenheit erst durch das Konzept der Abschreckung und Vermeidung von Risikofaktoren für Krankheiten (Pathogenese) angegangen. Es zeigte sich aber, dass eine über das Risikofaktoren-Modell⁴ konzipierte Prävention die finanziellen Belastungen des Gesundheitswesens nicht senken konnte. Eine Vorbeugung gegen Zivilisationskrankheiten, die multifaktoriell bedingt sind und „von biologischen Voraussetzungen, individuellen Verhaltensweisen und spezifischen Umweltbedingungen abhängen, kann jedoch nur gelingen, wenn der einzelne aktiv beteiligt ist. (...) Risikofaktoren sollen also nach der neuen Präventionsstrategie in Schutzfaktoren übersetzt werden“ (BALZ 1995, 80).

Der salutogenetische Ansatz von ANTONOVSKY⁵ fordert die Berücksichtigung der ganzen Person mit ihrer Lebensgeschichte sowie die Betrachtung des ganzen Systems, in dem diese Person lebt. Alle Lebensaspekte können wichtige Ressourcen einer Person beinhalten, die zur Genesung und Gesunderhaltung der Person beitragen können.

Weder das Risikofaktoren- noch das Salutogenese-Modell⁶ kann das komplexe Bedingungsgefüge von Gesundheit vollständig erklären. Wie zwei Seiten einer Medaille stehen sich die beiden Modelle anscheinend gegenüber. Gesundheit kann nicht nur aus einer dieser beiden Sichtweisen betrachtet werden. Eine Vernetzung von saluto- und pathogenetischen Ansätzen ist nötig. Momente aus beiden Modellen können sich gegenseitig ergänzen, wenn es darum geht, ein möglichst umfassendes Bild von der Entstehung oder Vermeidung von Krankheiten bzw. der Erhaltung einer „guten Gesundheit“ zu erlangen. Zwar können Ressourcen im Sinne des Salutogenese-Modells stabilisierend auf die Gesundheit, das Wohlbefinden wirken, eine dem Organismus (impliziert Psyche, Physis und Menschen als soziales Wesen) mittel- oder langfristig schädliche Lebensführung kann aber auch durch vorhandene Ressourcen nicht in ihrer Wirkung egalisiert werden.

HURRELMANN & FRANZKOWIAK (2003) berücksichtigen in ihrer Definition von Gesundheit Risiko- und Schutzfaktoren: „Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und ma-

⁴ Das Risikofaktoren-Modell entwickelte sich als erste Reaktion auf den Vormarsch der Zivilisationskrankheiten. Forschungen zeigten einen wesentlichen Zusammenhang zwischen vermehrt auftretenden Erkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmten Krebsarten, wie z. B. Lungenkarzinom u.a. und bestimmten Vorerkrankungen und einer zivilisationstypischen Lebensweise auf. Diese Vorläufer und Prädiktoren von Krankheiten, die empirisch im Bevölkerungsmaßstab erhoben wurden, werden als Risikofaktoren bezeichnet. Durch ihr multifaktorielles Einwirken erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an der nachfolgenden Krankheit zu erkranken und/oder vorzeitig zu versterben (FRANZKOWIAK 2003).

⁵ Eine ausführliche und anschauliche Erläuterung Antonovskys salutogenetischen Modells der Gesundheit ist z.B. in Kapitel 2.3. in BENGEL ET AL. (2001) zu finden.

⁶ Eine Erläuterung Antonovskys Salutogenese-Modells kann bei BENGEL ET AL. (2001) nachgelesen werden.

teriellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (ebd., 54).

Entsprechend der aktuellen Diskussion in der Gesundheitspolitik definiert KAPUSTIN (2004):

„Gesundheit als Prozess ist eine Erlebnisqualität, die sich zum einen aus der Lebensgrundhaltung, der Lebensführung des einzelnen, aber auch in Abhängigkeit von naturgegebenen, künstlich geschaffenen und sozialen Bedingungen bestimmt. Gesundheit schließt Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft, die Fähigkeit und Antriebsstärke des einzelnen mit ein, sich in Selbst- und Mitverantwortung um eine gesundheitsdienliche Lebensweise und um gesundheitsfördernde Lebensbedingungen für die Familie, für das soziale Umfeld, für das persönliche Wohlbefinden und das Gemeinwohl zu bemühen.

- Gesundheit als Befund im Sinne medizinischer Untersuchungsdiagnostik
- Gesundheit als Lebensstil, verbunden mit individuellen Vorlieben und gesellschaftlichen Trends
- Gesundheit als eigenverantwortliche Leistung des Individuums im Sinne stetiger Pflege und Erneuerung
- Gesundheit als Erziehungsaufgabe, als „Pfad, der sich bildet, indem man ihn geht“.

Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung haben zum Ziel, das Wohlbefinden zu fördern und Krankheiten durch Beeinflussung des Wissens und der Einstellungen der Menschen zu vermeiden (NAIDOO & WILLS 2003, 105). Gesundheitsförderung benötigt, so SOMMER (2000), zwei sich wechselseitig ergänzende Interventionsstrategien: Einerseits sollen Maßnahmen und Aktivitäten auf die Stärkung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen, sozialer Bestätigung und die Stärkung individueller gesundheitsrelevanter Kompetenzen abzielen. Andererseits sollen Maßnahmen und Aktivitäten auf die Vermeidung oder Reduzierung gesundheitsriskanten Verhaltens ausgerichtet sein (ebd., 12).

SCHOBERT (1993) fordert eine Gesundheitsförderung im Sinne einer Stärkung von Schutzfaktoren, eine konzeptionell mehrdimensional ausgerichtete Gesundheitsförderung, welche den Erhalt oder die Verbesserung der physischen Gesundheit gemeinsam mit der Unterstützung und Förderung der geistigen, seelischen und sozialen Gesundheit anstrebt.